

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : ५/११४/१९२६ APPLICATION DATE : १२/१२/१८

NAME of APPLICANT : GAYATRI MAJI AGE-YEARS : ५२ SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : BABAL MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NIKSHA THAKURANIPUR, BHAIMBARA, BANKURA - 722203, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - SEE ABOVE -

OCCUPATION : HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	GAYATRI MAJI	52	F	SELF
2	SUKHMA MAJI	23	M	WIFE
3	MRINAL MAJI	29	M	SON
4	TRISHNA MAJI	25	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.
2	SURGERY - RE (SICUTOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: none yet made.

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताना चाहता हूँ तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीन दूँगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो मिलूँगा और न ही भविष्य में मिलूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO WIN)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फार्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस फार्म में दी गई जानकारी, उसे "कोशिका" द्वारा, अपने, उनके, या अन्य कर्मियों द्वारा सहित मेरी छवि, पता, विवरणों के बिना किसी भी प्रकार के मध्यम से प्रकाशित करने में सक्षम अधिकृत है। वे इस फार्म पर दिए गए मेरे पते या घर में मेरी छवि "कोशिका फाउंडेशन" के भ्राताओं द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के अधिकार के प्रकाशित कर सकते हैं। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके भ्राताओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

aniversar de pământ pe aici nu fura



AGREEMENT by HOSPITAL (EXPIRE DATE 4/01)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Institution) hereby affirm & accept following:

- 1) That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, इस्लामी की शरीयत से भारतीयों की "अतिरिक्त परम्परागत" से मिलित परम्परा हेतु विपरीत की जाती है, जिसे इन (इस्लामी) नियम प्रसार से मान्य न समझा जाये है।

- 1.) यह कि न तो जीवन और न ही भविष्य में स्थिर रहना किसी भी सामाजी संसार या किसी अन्य चीज से उस ऐतिहासिकता में होने या हो गई है, जैसा कि हमने "बौद्धिक पराधीनता" से निवारित/निवृत्त इससे जो समझ में "बौद्धिक पराधीनता" प्राप्त करने हेतु कि है। यदि "बौद्धिक पराधीनता" प्राप्त करना किसी व्यक्तिगत/जनक हेतु अनुभव की विधि मात्र है तो अस्वाभाविकता किसी अन्य भी सामाजी संसार या किसी अन्य समाधान से स्वाभाविक होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि अस्वाभाविकता स्थिति अगर उस ऐतिहासिकता हेतु किसी भी सामाजी संसार या किसी अन्य साधन से नहीं सोच/सोचती।
2. "बौद्धिक पराधीनता" से ही वह स्वाभाविक बंधन स्थिति प्रकट होती है। ऐसे या इच्छाओं द्वारा ही वह स्वाभाविकता या किन्हीं को उपस्थापिकाय का पुराना छोटे एवं इच्छाओं से जीवन का विचार है और "बौद्धिक पराधीनता" प्राप्त किसी प्रकार का कोई एकल नहीं है। इसलिए इच्छाओं में छोटी से इच्छाएं सुनाओ और जाने जाने की सारी विमर्शों होने एवं इच्छाओं को छोटी और "बौद्धिक" को कोई व्यक्ति या विमर्शकारी रूप सामाजी में नहीं सोचते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वीकृतौ च विद्युः संसृजि

Date of Surgery 12/12/18	(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Dr. Shanker Nag 10056 Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Sankar Bagchi Director 10056
-----------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम व ठेका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम व ठेका 2
	